



# CITTA' di SUBIACO

*Città Metropolitana di Roma Capitale*  
*DISTRETTO RM 5.4*

## **RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE PER EROGAZIONE CONTRIBUTO ECONOMICO PER I SERVIZI VACANZA IN FAVORE DEI MINORI CON DISABILITÀ - ANNO 2026**

**IN ATTUAZIONE DELLA D.G.R. LAZIO n. 168 del 26/03/2026**

**Spett.le COMUNE DI SUBIACO –  
Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 5.4**

*(Da compilare da parte del Genitore/Caregiver/ADS/Tutore della persona con disabilità)*

Il/la sottoscritto/a (cognome) ..... (nome)  
..... residente in (Comune)  
..... Prov ..... Via  
..... CAP  
..... tel ..... cell ..... e-mail  
.....

**In qualità di Genitore/Caregiver/ADS/Tutore di:**

*(Generalità della persona con disabilità)*

Cognome ..... Nome  
..... Data e luogo di nascita  
..... rapporto di  
parentela ..... residente in (Comune)  
..... Prov. ..... Via  
..... CAP .....

1



# CITTA' di SUBIACO

*Città Metropolitana di Roma Capitale*  
*DISTRETTO RM 5.4*

DIAGNOSI (come riportato da verbale invalidità)

.....  
.....

AUSILIO DI CARROZZELLA  SI  NO

## CHIEDE

che la persona con disabilità sopra indicata possa essere ammessa alla partecipazione ai servizi di vacanza per minori con disabilità – anno 2026, e sceglie una tra le seguenti modalità (art. 2 dell'Avviso pubblico):

a) **Servizio Vacanza Breve Assistito (punto 4.1 della D.G.R n. 168/2026):**

- gite di una sola giornata, senza pernottamento ma comprensive del pasto, per partecipare ad eventi artistici, culturali, sportivi, per conoscere itinerari e luoghi di particolare interesse dal punto di vista artistico/naturalistico, con presenza di operatori per le prestazioni di accompagnamento ed assistenza necessarie.
- weekend, con uno o due pernottamenti, in località di interesse turistico e/o culturale. È possibile che il servizio per la vacanza breve si realizzi con tappe in più località, con presenza di operatori per le prestazioni di accompagnamento ed assistenza

b) **Servizio Vacanza Individuale Assistito (punto 4.4 della D.G.R n. 168/2026):**

I servizi per la vacanza in forma individuale per persone con disabilità sono percorsi personalizzati progettati sulla base dei bisogni, delle capacità e degli interessi della singola persona. Prevedono il supporto di operatori qualificati e mirano a favorire il benessere, l'inclusione sociale, lo sviluppo delle autonomie personali e la partecipazione ad attività ricreative, culturali e relazionali, in un contesto sicuro e adeguato.

**La mancata selezione di una tipologia o la selezione di più di una tipologia di servizio comporta l'esclusione della domanda di ammissione al servizio di cui trattasi.**



# CITTA' di SUBIACO

*Città Metropolitana di Roma Capitale*  
*DISTRETTO RM 5.4*

## A TAL FINE

**consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,**

## DICHIARA

che la persona per la quale si richiede l'ammissione in graduatoria:

- è residente in uno dei Comuni del Distretto RM 5.4;
- ha un'età compresa tra 0 - 17 anni

selezionare una scelta tra	
	è in carico ai servizi socio-sanitari da almeno 6 mesi
	è in carico ai servizi socio-sanitari da meno di 6 mesi, ma il servizio di vacanza è stato valutato congruo rispetto alla progettualità ( <u>allegare dichiarazione dell'UVMD</u> )

- è compatibile con i criteri dei soggiorni (vita in comune, attività all'aperto e al mare, ecc.), riscontrabile mediante certificato del Medico di Medicina Generale o Medico Specialista del S.S.N., allegato alla domanda;
- ha prodotto la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) utile ai fine dell'ISEE sociosanitario per l'annualità 2026
- di essere consapevole che i contributi saranno erogati in ordine di graduatoria sino ad esaurimento dei fondi disponibili.

Qualora la persona con disabilità sia in possesso dell'attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità per il 2026 al momento della presentazione della domanda, si chiede di indicare il valore:  
€ \_\_\_\_\_



# CITTA' di SUBIACO

Città Metropolitana di Roma Capitale  
DISTRETTO RM 5.4

**Allega alla presente domanda i seguenti documenti:**

1. Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente;
2. Certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista del S.S.N. circa l'idoneità dell'utente alla partecipazione al soggiorno estivo (vedi nota esplicativa alla domanda di ammissione). La stessa potrà essere presentata all'atto della UVMD;
3. Copia del verbale di riconoscimento dell'handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92, art. 3, co. 1 e 3;
4. il progetto dettagliato, in caso di richiesta di soggiorno ai sensi dell'art. 2 lettere a) e b) dell'Avviso Pubblico e sopra riportati;
5. Attestazione ISEE sociosanitaria in corso di validità.

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Distretto RM 5.4, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679.*

**Luogo e Data .....**

**Firma del genitore/tutore**

.....